

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

31

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Stanilas MOURE

Né le 3 Septembre 1913 à Laubiés (Lozère)

**Contribution à l'étude du diagnostic
des calculs du canal choledoque**

Président : L. BINET, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le Prince VI^e

1939

18

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Stanilas MOURE

Né le 3 Septembre 1913 à Laubiés (Lozère)

Contribution à l'étude du diagnostic des calculs du canal choledoque

Président : L. BINET, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VIe

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLART
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER.	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE REGRETTEE

*En souvenir de l'amour qu'elle nous
a toujours témoigné.*

A MON PERE

A MES FRERES ET SŒURS

*En témoignage de l'amour et de l'af-
fection qui nous lient à eux.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LÉON BINET

Professeur à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.

AUX MEMBRES DU JURY

Bien respectueusement.

A MON MAITRE DANS L'INTERNAT

Monsieur le Professeur Agrégé JEAN QUENU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'affection qu'il nous a témoignée et pour son précieux enseignement au cours de notre internat à l'hôpital Bon-Secours.

A Monsieur le Professeur ROUVIERE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait faire nos premiers pas
dans les études médicales, qui nous
a témoigné une grande amitié et
nous a sans cesse prodigué ses con-
seils éclairés.*

A Monsieur le Docteur VALLANCIEN
Ancien Interne et Assistant de l'Hôpital Bon-Secours
Assistant à l'Hôpital Beaujon

A Monsieur le Docteur LEFORT

A Monsieur le Docteur JACQUELIN

A Monsieur le Docteur MOUCHOTTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Stages :

Monsieur le Professeur F. BEZANÇON
Monsieur le Professeur GREGOIRE
Monsieur le Professeur OMBREDANNE

Externat :

Monsieur le Docteur CANTONNET
Monsieur le Professeur Agrégé JEAN QUENU
Monsieur le Docteur ARMAND-DELILLE

INTRODUCTION

L'arrêt d'un calcul dans le canal cholédoque représente un des accidents les plus redoutables de la lithiasé biliaire.

Le diagnostic doit donc en être fait aussi précocement que possible puisqu'on peut poser en règle qu'il implique l'intervention chirurgicale et que celle-ci doit être faite sans tarder.

En une telle occurrence, la responsabilité du médecin est parfois angoissante, car, d'une part, on ne peut proposer à un malade une intervention chirurgicale aussi sérieuse sans avoir auparavant posé un diagnostic certain et, d'autre part, on ne peut, dans l'ignorance du diagnostic et en croyant gagner du temps, priver le malade d'une intervention qui, faite assez précocement, aurait certainement transformé le pronostic.

Nous voyons donc que le problème est de la plus haute importance et qu'il gravite autour d'un axe : le diagnostic.

S'il existe fréquemment en chirurgie des cas où l'on peut espérer faire un diagnostic à l'intervention, laquelle a de toutes façons ses indications posées, ici le problème est plus difficile; en effet, un malade présentant une autre affection qu'un calcul pour lequel on croit

l'opérer est considérablement aggravé par l'acte chirurgical.

Nous ne saurions donc trop insister sur l'importance capitale d'une analyse parfaitement précise et nous verrons les énormes difficultés que l'on peut rencontrer pour y parvenir. En effet, ces précisions diagnostiques si utiles échappent bien souvent à la science du clinicien.

Les signes donnés comme les plus classiques des calculs du canal cholédoque sont très fréquemment en défaut. Qu'en conclure? C'est que la question mériterait d'être approfondie dans toute la mesure du possible et que l'on doit, avant de poser un diagnostic aussi lourd de conséquences, avoir recherché les symptômes les plus constants et les plus fidèles, avoir bâti un faisceau de preuves suffisamment solides, avoir analysé le problème clinique sous tous ses aspects.

C'est ce problème qui, malgré notre pratique encore courte de la médecine, s'est déjà présenté à nous bien des fois, et nous avons essayé de retrouver et de grouper dans cette brève étude les éléments de diagnostic donnés à l'heure actuelle comme les plus précieux.

Nous avons en vue d'attirer l'attention sur certains faits cliniques, peut-être pas encore assez classiques, et qui mériteraient d'être mis en lumière afin d'établir sur des bases plus nombreuses un diagnostic de lithiase cholédocienne.

Nous décrirons donc d'abord, très succinctement, le tableau clinique de la lithiase du canal cholédoque dont les manifestations cliniques les plus classiques sont le syndrome fonctionnel d'obstruction cholédocienne et

surtout le syndrome de rétention biliaire qui en résulte.

Nous montrerons ensuite l'inconstance, l'infidélité des symptômes considérés comme les plus classiques et nous verrons la valeur que nous pensons qu'il faut attribuer à chacun d'entre eux.

Afin de suivre le mieux possible les faits cliniques, nous diviserons notre étude en trois tableaux différents, cela pour faciliter l'analyse, et, chemin faisant, nous verrons la valeur qu'il faut attribuer à leurs symptômes et essaierons de mettre en lumière un certain nombre de signes ou groupes de signes à notre avis insuffisamment analysés en clinique courante et qui peuvent contribuer grandement au diagnostic.

De plus, nous tâcherons de montrer quelle est la place que doivent occuper dans la réalisation d'un tel diagnostic certaines explorations telles que le tubage duodénal et dans quelles conditions et de quelle manière il convient de les pratiquer.

Avec l'appui des travaux modernes sur toute cette question nous espérons ainsi fixer l'attention du lecteur sur les points délicats d'un problème clinique qui, pour trop de médecins encore, ne donne peut-être pas lieu à une analyse suffisamment approfondie.

CHAPITRE I

LE TABLEAU CLASSIQUE DE LA LITHIASÉ CHOLEDOCIENNE

Nous brosserons tout d'abord et très succinctement le tableau clinique très classique résultant habituellement de la présence d'un calcul dans le canal cholédoque.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la lithiasé choleddocienne se manifeste par le syndrome de la rétention biliaire et le syndrome fonctionnel de l'obstruction du cholédoque.

LE SYNDROME DE RÉTENTION BILIAIRE

Il se manifeste par un ictère, lequel s'accompagne de modifications des urines et des matières.

Notons que l'on ne pourra parler d'un ictère par rétention que s'il existe depuis au moins quinze jours.

L'ictère est de coloration uniforme, plus ou moins foncée, atteignant la peau, les muqueuses, toujours très net au niveau des conjonctives. Il s'accompagne de signes d'intoxication biliaire : prurit et bradycardie.

Les urines sont foncées, mousseuses, couleur de bière

brune, parfois presque noires; elles sont caractéristiques de la rétention des pigments biliaries.

Chimiquement, on y retrouve les pigments biliaries par la réaction de Gmelin.

Cette recherche consiste, après avoir étendu d'eau un certain volume d'urine, à faire arriver au fond du récipient (verre à pied), à l'aide d'un tube effilé, de l'acide nitrique nitreux. La réaction est positive s'il se forme à la surface de séparation un anneau vert susceptible de virer à des couleurs variables.

On recherchera de même les sels biliaries par la réaction de Pettenkoffer ou la réaction plus pratique de Hay.

Réaction de Hay : on laisse tomber à la surface d'une certaine quantité d'urine contenue dans un verre à pied de la fleur de soufre. Les sels biliaries diminuant la tension superficielle de l'urine, la fleur de soufre, au lieu de rester en surface, tombe au fond du verre.

Les matières fécales : leur aspect fournit le signe capital de la rétention biliaire. Elles sont blanchâtres, décolorées, couleur mastic, enrobées de graisse, souvent fétides.

Tels sont les trois signes capitaux qui permettent d'affirmer que la bile ne passe plus dans l'intestin, qu'au contraire elle est retenue, et que ses éléments sont déversés dans la circulation.

LE SYNDROME FONCTIONNEL D'OBSTRUCTION DU CHOLÉDOQUE

A cet ictère s'ajoutent des symptômes locaux d'obstruction calculieuse.

Il existe fréquemment des crises de coliques hépatiques, d'autres fois la douleur est moins typique.

L'examen du malade montrera un point douloureux variable au niveau de la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet.

De plus, la vésicule biliaire n'est ni distendue, ni augmentée de volume, elle est seulement douloureuse à la palpation. Notons que, dans les obstructions d'autre nature, elle est dilatée, souvent très facilement palpable.

C'est à cela que se résume la loi de Courvoisier et Terrier, laquelle trouve son explication dans la présence antérieure de calculs dans la vésicule, bref d'un long passé de lithiasé vésiculaire expliquant son atrophie et sa sclérose. La bile retenue ne peut plus distendre le cholécyste.

Pendant son évolution l'ictère est variable, s'accompagne de fièvre plus ou moins accusée, par poussées; enfin les poussées se répètent, pouvant aboutir à une grave infection.

A retenir donc cette notion classique de la variabilité de l'ictère.

Telles sont les données symptomatiques classiques de l'obstruction calculeuse du cholédoque, nous verrons qu'aucun de ces signes n'a de valeur absolue et indiquerons quelle interprétation il convient de donner à chacun d'entre eux.

CHAPITRE II

En dépit de ces notions classiques précédemment énoncées, Brulé, avec d'autres auteurs, a montré que le tableau clinique de la lithiase cholédocienne pouvait se présenter de trois façons :

- Lithiase avec ictère continu et prolongé;
- Lithiase avec ictère intermittent;
- Lithiase sans ictère.

Lithiase avec ictère continu et prolongé

Alors que les traités classiques donnent une description caractéristique de ces ictères par lithiase cholédocienne, il pourrait paraître facile d'en faire le diagnostic; malheureusement il n'en est rien, et c'est ici qu'il convient de souligner l'inconstance des données cliniques classiques qui ne permettent que peu souvent un diagnostic certain.

Les antécédents sont souvent, à tort, pris en trop grande considération.

Classiquement, ce sont surtout les femmes qui ont eu plusieurs grossesses qui seraient plus fréquemment atteintes de lithiase cholédocienne, mais il faut noter que la lithiase n'est nullement rare chez l'homme. Parfois on retrouve dans le passé du malade des crises de coliques

hépatiques, mais il ne faudra pas y compter, et l'on retrouve au moins aussi souvent des signes de dyspepsie, sans caractères particuliers.

Très souvent aussi, il n'y a pas eu de douleurs, alors qu'elles se rencontrent volontiers dans l'ictère catarrhal, donc en dehors de la lithiase.

Les caractères de la rétention biliaire dans la lithiase n'ont pratiquement rien de caractéristique; l'ictère peut être plus ou moins foncé, mais on ne peut conclure de son intensité à sa cause; et si l'on admet généralement qu'un cancer de la tête du pancréas donne un ictère plus foncé qu'un calcul du cholédoque, on peut aussi trouver un ictère très accusé dans la lithiase; cependant il ne devient jamais d'une teinte extrême, verdâtre ou noirâtre.

Assez souvent l'ictère est variable, étant donné la dilatation possible du canal cholédoque, et le passage de la bile autour du calcul, mais il peut être aussi d'une grande fixité.

Une seul critère, pour Brulé, permet d'apprécier la rétrocession transitoire de l'ictère : c'est la recoloration des selles, qui est la meilleure preuve que la bile passe.

Tout le reste, impression du malade, impression de l'entourage quant à la coloration plus ou moins foncée des urines, ne peut compter.

A noter cependant que même ce critère, très rarement il est vrai, peut exister dans le cancer de la tête du pancréas.

Enfin, parfois, l'ictère est léger et ne se manifeste que par l'urobilinurie. D'après Chiray l'urobilinurie serait

le témoin d'une rétention légère dans laquelle le seuil d'excrétion de la bilirubine n'aurait pas été atteint.

Beaucoup d'auteurs n'attachent pas à l'urobiline urinaire la même valeur, sa présence est bien banale au cours de nombreuses maladies du foie et nous pensons que, même lorsqu'elle survient au cours d'une lithias cholédocienne, on peut l'interpréter aussi bien comme un signe d'insuffisance hépatique.

Autrement plus importants que les antécédents et les caractères de l'ictère sont :

- a) l'état de la vésicule biliaire;
- b) l'état du foie.

L'ÉTAT DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Elle est en principe atrophiée dans la lithias et cela pour deux raisons :

— soit parce qu'il y a eu un long passé lithiasique avant le passage d'un calcul dans le cholédoque, d'où sclérose et atrophie des parois du cholécyste, comme l'a soutenu Hartmann;

— soit parce que le calcul est non pas toujours dans le cholédoque mais parfois dans cette portion du cystique où ce dernier est en rapport étroit avec le canal hépatique qu'il comprime à ce niveau, comme l'a montré Delbet. On comprend ainsi la non distension de la vésicule puisque le cystique est obstrué, et la rétention biliaire puisque l'hépatique est comprimé.

Faisons encore cette réserve qu'à titre plus exception-

nel d'ailleurs la vésicule biliaire peut se distendre alors que le calcul est bien engagé dans le cholédoque.

Ceci s'explique par l'enclavement d'un des premiers calculs formés dans le cholédoque alors qu'il n'y a pas de passé vésiculaire.

Dans ce cas, en effet, les parois de la vésicule biliaire sont restées souples et peuvent se distendre.

Nous voyons donc l'inconstance de la loi de Courvoisier et Terrier énoncée dans un paragraphe précédent.

Mais surtout, dans de telles circonstances, il faut se méfier des fausses perceptions de la vésicule biliaire (contracture musculaire localisée, lobe hépatique hypertrophié).

L'ÉTAT DU FOIE

Il est capital à apprécier.

Le foie est toujours hypertrophié.

Cette hépatomégalie est une notion très ancienne qui a été reprise durant ces dernières années par Brulé.

Ce gros foie est souvent difficile à percevoir en raison de sa mollesse, il est donc important de pratiquer une palpation très attentive.

Donc, toujours, la rétention de la bile en amont provoquera une hypertrophie hépatique. Cette hypertrophie est douloureuse, ce qui est un bon élément différentiel d'avec les cirrhoses hypertrophiques. Que si on lève l'obstacle qui provoque la rétention, le foie redevient d'un volume absolument normal.

Mais il faudra toujours compter avec l'insuffisance hépatique créée à la longue et de laquelle dépend dans une certaine mesure le pronostic opératoire.

Enfin, notons qu'il peut exister dans la lithiase une splénomégalie plus ou moins marquée qui pourrait faire penser, à tort, à une cirrhose biliaire s'opposant ainsi à l'ablation du calcul.

D'autres symptômes, à la vérité moins importants que l'hypertrophie du foie, et dont on ne saurait dénier ni exagérer l'importance, méritent cependant de retenir l'attention.

La fièvre. — Elle existe souvent, mais elle est variable, parfois extériorisée simplement par un léger clocher thermique.

La leucocytose, par contre, est très fréquente et peut être très élevée.

La douleur. — Elle peut exister sous forme de coliques hépatiques, dont la symptomatologie est bien connue; sous forme aussi de douleur provoquée au point pancréatiquo-cholédocien de Chauffard et Rivet. Mais surtout cette douleur peut ne pas exister du tout; en conséquence, il ne faut pas inférer de l'absence de douleur à l'absence de lithiase. Certains calculs du cholédoque se sont montrés absolument silencieux.

L'amaigrissement. — Il est constant. Il s'explique par le défaut de digestion des graisses, conséquence de l'arrêt de la bile.

Donc, on doit se défier de prendre en toute circons-

tance le symptôme amaigrissement pour un signe de cancer de la tête du pancréas.

Ajoutons à cela, ce qui ne simplifie rien, qu'il y a fréquemment au cours de la lithiasé une pancréatite secondaire avec souvent insuffisance pancréatique, comme dans le cancer.

Tout cela ajoute évidemment à l'insuffisance digestive.

Les données radiologiques. — Elles peuvent se montrer utiles, malheureusement les calculs ne sont pas toujours visibles sur un cliché sans préparation. On doit de toute façon faire une cholécystographie au tétraiode qui, suivant les cas, peut être plus ou moins facilement interprétée.

Nous devons dire que la présence de calculs visibles même seulement dans la vésicule est encore un appoint au diagnostic de lithiasé du cholédoque au cours d'un ictère chronique.

Enfin, on est souvent obligé de s'en tenir à des signes radiologiques indirects révélés par des radiographies après repas baryté.

Nous ne ferons qu'énumérer les signes radiologiques indirects : spasmes du cardia, hyperkinésie gastrique, incisure spasmodique sur la grande courbure de l'estomac, déformations de l'antré pylorique, localisées, spontanées, dues à un spasme d'origine vésiculaire.

Mais il est une exploration d'importance fondamentale sur laquelle on ne saurait trop insister, c'est le tubage duodénal.

LE TUBAGE DUODÉNAL

Il trouve dans le diagnostic de calculs du cholédoque une application précieuse.

Nous n'en décrivons pas la technique qui se trouve dans tous les traités de séméiologie, mais nous attirerons l'attention sur l'adaptation qu'il faut en faire au diagnostic de lithias cholédocienne et sur les quelques particularités de cette exploration qu'il faut bien connaître dans ce cas.

Bengolea et Velasco Suarez ont montré, et Brulé a confirmé, que dans le cas de calculs du cholédoque les tubages duodénaux, à condition d'être assez longtemps et assez régulièrement répétés, permettaient toujours d'obtenir de la bile.

Donc, premier point d'importance capitale : si l'on obtient de la bile, on a affaire à une lithias.

Deuxième point non moins important : le tubage ainsi réalisé confirme la pathogénie de la variabilité de l'ictère, en montrant que la bile peut passer autour du calcul enclavé dans le cholédoque.

Il montre aussi, par son action de drainage de la vésicule, qu'il est susceptible de modifier le spasme de la cholédocite qui accroît la rétention biliaire en ne permettant plus à la bile de s'insinuer autour du calcul.

Dans un ictère chronique, pour peu que l'on présume de l'existence d'un calcul du cholédoque, on devra pratiquer sans attendre, tous les deux jours au moins, un tubage.

Nous proposons même, étant donné l'importance du diagnostic, de contrôler l'arrivée de l'olive dans le duo-

dénum par la radioscopie. En effet, si on ne retire pas de bile, il peut arriver ou bien que l'olive n'ait pas franchi le pylore, ou bien que l'olive étant bien en place la bile ne passe pas.

Donc il convient de s'assurer, d'une façon certaine, que l'extrémité de la sonde est bien parvenue dans le duodénum.

De plus, dans les cas où, après un ou deux essais, le tubage s'avère difficile, nous conseillons l'emploi de tubes munis de mandrins qui permettent de mieux les diriger.

De même nous pensons que le choix de la substance à injecter présente un certain intérêt. De nombreux auteurs préfèrent l'emploi de l'huile d'olive. Nous nous rallions à cette opinion car, dans tous les cas où il n'existe pas d'obstacle sur les voies biliaires, l'huile nous a toujours donné des résultats satisfaisants.

Nous pensons que son emploi peut être substitué avec avantage à celui de la solution de sulfate de magnésie qui, si elle n'est pas portée exactement à une température de 37 degrés, provoque des spasmes très douloureux.

Il convient en outre que le tubage soit effectué à intervalles rapprochés; il ne faut donc pas s'exposer à l'échec d'une de ces explorations au milieu de la série.

Nous conseillons donc le contrôle radiologique de tous les tubages, contrôle qui sera même facilité par l'emploi de tubes de caoutchouc opaques visibles sur tout leur trajet sur l'écran.

Nous voyons donc l'extrême importance de la bonne conduite d'une telle exploration. Il ne faut laisser place

à la moindre cause d'erreur afin de pouvoir aboutir à cette solution :

Tubages répétés, résultats positifs : calcul;

Tubages répétés, résultats négatifs : obstruction d'autre nature.

Nous pensons qu'on ne doit pas négliger de s'entourer des précautions que nous venons de mentionner tant la question est d'importance.

De plus, il convient essentiellement de pratiquer cette série d'opérations aussi précocement que possible.

Nous ouvrirons une parenthèse pour signaler que, rarement il est vrai, le diagnostic fait sur les résultats du tubage peut se trouver en défaut.

Dans certains cas, en effet, il y a bien un calcul et pourtant les tubages répétés peuvent être négatifs.

Dans de tels cas, comme le rapporte Brulé dans une observation, il peut exister en même temps un cancer de la tête du pancréas.

Une telle observation contribue donc encore mieux à montrer la valeur du tubage selon cette technique.

Dans d'autres cas, il s'agissait de cancer et cependant les tubages étaient positifs, tout au moins pendant un certain temps.

Dans ces cas, le cancer n'avait pas encore complètement comprimé le cholédoque. Selon l'observation de Brulé, l'intervention ayant été pratiquée, on ne trouva pas de calculs mais un cancer de la tête du pancréas au début.

Nous ne nous étendrons pas sur les possibilités que présente le tubage duodénal puisque nous n'avons en vue que d'examiner son application au diagnostic de lithiase du cholédoque. Cependant il faut noter que l'exa-

men de la bile retirée, au cas où le tubage est positif, donne encore d'autres appoints au diagnostic.

Notamment, la présence d'éléments épithéliaux dans la bile, la présence de calculine, donnent une presque certitude en faveur de la lithiase.

Ajoutons à cela que le tubage permet encore d'évacuer certains calculs lorsqu'ils sont de petit volume.

Un tamisage des selles où l'on pourra les retrouver confirme alors le diagnostic et peut même permettre, dans une certaine mesure, si l'ictère a complètement rétrocedé, de différer l'intervention.

Mais ce n'est là, il faut bien le dire, qu'un fait d'exception.

La symptomatologie des calculs du cholédoque nous ayant permis de préciser les éléments du diagnostic positif, il nous reste à voir, très rapidement, comment ces connaissances peuvent nous venir en aide dans le diagnostic différentiel lorsque la lithiase cholédocienne prend la forme de l'ictère prolongé que nous étudions ici

Diagnostic différentiel. — Il est à faire avec les ictères hémolytiques acquis. Un examen hématologique mettra aussitôt sur la voie du diagnostic.

L'ictère catarrhal prolongé est un diagnostic souvent possible. Mais il s'agit là d'une hépatite et non point d'un ictère par obstruction. Là, le foie n'est pas gros (il peut l'être cependant pendant les premiers jours mais il rétrocede très vite), donc le gros foie dans l'obstruction est un élément essentiel.

Nous pensons donc que cette hépatomégalie est un signe d'une assez grosse importance pour justifier un examen méthodique du foie.

Si le gros foie n'est pas senti ou est mal senti, une radiographie est justifiée afin de le dépister. Elle a pu être faite par ailleurs pour l'examen des voies biliaires; donc il suffira de ne pas négliger d'apprécier sur le cliché l'importance de l'hépatomégalie.

Enfin, nous noterons cette différence entre l'ictère catarrhal prolongé et la lithiase; c'est la fièvre, qui est légère dans l'ictère catarrhal mais à peu près stable; légère aussi dans la lithiase, mais avec de brusques clochers thermiques à 39, 40 degrés.

La cirrhose hypertrophique avec ictère peut donner le tableau parfait de la lithiase avec gros foie, grosse rate (existant parfois dans la lithiase), ictère plus ou moins accentué, et dans laquelle le tubage duodénal est positif.

On est donc autorisé parfois à faire une laparatomie exploratrice, malgré sa gravité.

On voit par là que le diagnostic avant l'intervention est très difficile dans de nombreux cas.

Le cancer de la tête du pancréas et des voies biliaires peut être très souvent mis en cause. On ne peut alors se baser ni sur les antécédents, ni sur les douleurs, ni sur les caractères de la rétention biliaire, ni sur l'âge, ni sur l'amaigrissement. Mais on peut faire le diagnostic en deux étapes :

Première étape : y a-t-il obstacle cholédocien si gros foie? Oui.

Deuxième étape : cet obstacle est-il calcul ou cancer, on fait alors des tubages duodénaux répétés.

Si tubage négatif : cancer.

Si tubage positif : lithiase.

Lithiasie avec ictère intermittent

Ce tableau est assurément plus rare, mais il est tellement caractéristique d'une obstruction cholédocienne que nous pensons devoir le décrire en un paragraphe spécial.

L'ictère de la lithiasie est classiquement variable, plus ou moins intense, mais dans quelques cas il est franchement intermittent.

Brulé, d'ailleurs, rapporte deux observations où l'ictère existait au cours de courtes crises, puis disparaissait complètement. Chez ces malades, les accès se produisaient tous les quinze jours ou tous les mois. Le diagnostic de lithiasie du cholédoque fut porté, et confirmé par l'opération.

De tels faits ont, comme le pense Brulé, la valeur d'une expérience et, devant un tel tableau, le diagnostic d'ictère par obstruction doit être fermement posé.

Ces faits montrent avec netteté les rapports de la rétention biliaire avec l'hépatomégalie, le foie augmentant de volume lorsqu'il est gorgé de bile et diminuant lorsque la bile peut passer librement à travers le cholédoque.

On conçoit très bien qu'une hépatite est incapable de rétrocéder ainsi du jour au lendemain et que la cellule hépatique ne peut en aussi peu de temps reprendre son fonctionnement normal.

Un tel tableau clinique est donc absolument caractéristique de l'obstruction cholédocienne. Reste à déterminer dans ces cas la nature de l'obstruction.

Le plus souvent, il s'agit de calculs du cholédoque puisque ce qui favorise cette rétention passagère ce sont bien les poussées inflammatoires siégeant sur les voies biliaires.

Le diagnostic dans ces cas se résumera donc à faire le diagnostic différentiel avec les autres causes d'obstructions cholédociennes, comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

Malgré tout, l'existence de calculs se montre tellement probable que l'exploration chirurgicale se trouve justifiée.

Enfin nous pensons qu'il ne faut pas tenter de faire un diagnostic de pancréatite chronique survenant chez un lithiasique; et de toute façon la pancréatite bénéficiera du drainage biliaire.

Enfin la possibilité de kystes hydatiques ou d'ascarioses, pour rare qu'elle soit, pourra justifier la recherche des réactions biologiques particulières du kyste hydatique et la recherche des œufs de parasites pour éliminer le diagnostic d'ascaridiose.

Lithiase sans ictère

On a depuis fort longtemps signalé qu'il pouvait exister des calculs dans le canal cholédoque sans qu'il y ait apparition d'ictère.

Ces faits ont d'abord paru assez peu fréquents, 4 à 5 % des cas de lithiase d'après Vautrin et Hartmann, mais à l'heure actuelle on tend à considérer ces cas de

lithiasse anictériques, appelés encore lithiasses dissimulées, comme beaucoup plus fréquents.

De nombreux auteurs pensent d'ailleurs que le seul fait de l'absence d'ictère fait souvent commettre des erreurs de diagnostic, et qu'on ne parle pas de lithiasse cholédocienne alors qu'elle existe; mais, dans ces cas, la présence d'un calcul dans le cholédoque n'a jamais provoqué l'obstruction complète.

Cependant, nous verrons qu'en la recherchant bien, on arrive à dépister la légère rétention biliaire qui existe toujours mais n'est pas suffisante pour provoquer un ictère net.

Nous devons dire qu'entre les cas de lithiasse avec ictère continu et les cas de lithiasse sans ictère existent, évidemment, tous les intermédiaires.

Nous décrirons succinctement la symptomatologie souvent si trompeuse de cette lithiasse anictérique :

Elle s'observe plus fréquemment chez les gens âgés, les antécédents manquent souvent et l'on se trouve en présence de malade qui, simplement, se plaignent d'accès fébriles intermittents et de crises douloureuses, ou seulement de l'un ou l'autre de ces deux symptômes.

La fièvre. — Elle prend le type de grands accès intermittents rappelant les accès paludéens, mais un examen hématologique montrant d'une part l'absence d'hématozoaires, et, d'autre part, l'existence de leucocytose avec polynucléose, il sera de bonne règle de penser toujours à la possibilité d'un calcul cholédocien.

Les douleurs. — Elles sont de type extrêmement variable.

Elles peuvent être très violentes ou, au contraire, se réduire à un simple endolorissement de l'hypocondre droit.

Les irradiations de ces douleurs ne sont pas caractéristiques comme celles de la lithiase vésiculaire et les douleurs susceptibles d'être créées au niveau de l'hypocondre droit peuvent être d'origines tellement différentes que le diagnostic est souvent extrêmement difficile.

Pour Delbet, ce qui garde le plus de valeur, est l'histoire de ces douleurs et surtout leur évolution dans le temps. Survenant de deux à cinq heures après les repas, elles peuvent être aussi confondues avec les douleurs coliques, pancréatiques, mais surtout pyloro-duodénales. Mais, dans les ulcères pyloro-duodénaux, la crise douloureuse dure en général six à sept jours.

Dans les affections des voies biliaires, la douleur est plus « fantaisiste ». Souvent elle n'a pas de lendemain. Elle apparaît après un repas puis disparaît pendant des semaines et même des années.

On conçoit ainsi que beaucoup de ces crises douloureuses, isolées, restent bien difficiles à rapporter à la lithiase cholédocienne en l'absence d'ictère.

C'est ici que nous paraît prendre toute sa valeur le procédé indiqué par Delbet.

Pour dépister la rétention biliaire, Delbet propose un procédé très simple : il consiste à recueillir, de deux heures en deux heures, les urines du malade dans des verres différents. On pratique sur ces urines la réaction de Gmelin, facile à réaliser au lit du malade, ou mieux la réaction plus sensible de Grimberty. La réaction posi-

tive dans l'un des derniers verres permet d'affirmer la présence d'un calcul du cholédoque.

En effet, dans un tel cas, la rétention biliaire est passagère, insuffisante à produire l'ictère qui ne manquerait pas de se déclarer si l'obstruction durait, mais suffisante pour permettre le passage des éléments de la bile dans la circulation.

Ce procédé, dont la valeur a été confirmée par Brulé, nous paraît d'une réalisation tellement pratique non seulement à l'hôpital mais même en médecine de ville, où l'on a peut-être encore plus fréquemment l'occasion de rencontrer de tels cas — crises courtes, passagères, ne motivant pas un séjour à l'hôpital — que nous pensons que sa réalisation devrait être beaucoup plus fréquente.

Il est en effet extrêmement facile pour le malade ou son entourage de prélever dans des verres différents l'urine de deux heures en deux heures. Le médecin lui-même à sa prochaine visite doit pouvoir, par la réaction la plus simple dépister la présence d'éléments biliaires dans ces urines.

Nous insistons donc sur la valeur pratique d'un tel procédé, susceptible d'éviter une erreur de diagnostic, et nous proposons son emploi dans tous les cas où la lithiase cholédocienne est seulement probable.

Ces cas de lithiase dissimulée sont assez nombreux pour qu'un tel procédé permette d'en faire plus fréquemment le diagnostic.

Malgré les buts très limités de diagnostic que nous poursuivons, nous ne saurions passer sous silence l'importance très grande de l'analyse clinique complète du malade avant l'intervention qui pourra le guérir.

Il conviendra donc de faire un diagnostic d'opérabilité, de savoir si, à la période où il nous est donné de voir le malade, l'opération pourra être pratiquée dans de bonnes conditions.

Nous savons que chaque jour d'attente dans la lithiase du cholédoque augmente l'insuffisance hépatique et il faudra évaluer avec grand soin, dans toute la mesure du possible le degré de cette insuffisance.

Et, pour cela, il ne faudra pas négliger de faire rechercher tous les tests d'insuffisance du foie qui certes ne sont pas tous probants étant donné l'existence d'insuffisances dissociées, mais qui nous donneront des éléments d'appréciation importants.

C'est ainsi qu'il faudra faire rechercher :

- le temps de saignement;
- le temps de coagulation;
- le signe du lacet;
- l'épreuve du rose bengale;
- l'épreuve du bleu de méthylène;
- et le taux de l'urée sanguine comme avant toute intervention.

Grâce à cela il sera possible d'éviter, après l'opération, l'apparition d'hémorragies ou la constitution d'un ictère grave.

A tous ces tests nous pensons que l'on pourrait ajouter, surtout au cas où les précédentes seraient négatives, la recherche du test de transudation de Fiessinger.

En effet, dans de nombreux cas où le signe du lacet est encore négatif, le test de transsudation peut être positif.

(Avant une méiopragie de rupture existerait, au niveau des capillaires, une méiopragie de perméabilité, témoin plus précoce de leur atteinte, et qui permettrait de déterminer l'existence d'une légère insuffisance hépatique commençante.)

Nous annoncerons très brièvement la technique de cette recherche.

On prendra un bocal de deux litres, à demi rempli d'eau. Le malade plonge la main dans le bocal jusqu'au poignet, qui porte un trait de repère. On note le niveau de l'eau dans le bocal à l'aide d'un indice à l'encre. La main est retirée de l'eau. On place alors sur le poignet du malade un garrot bien serré pendant cinq minutes, la main enfle, on retire le garrot et on laisse la circulation se rétablir pendant les cinq minutes suivantes. La main est alors replongée dans le bocal. La différence de niveau de l'eau donne une idée de l'enflure qui s'est produite au niveau de l'extrémité du membre.

Si donc le sérum sanguin a ainsi transsudé à travers les capillaires, on peut dans une certaine mesure en déduire l'existence d'une légère insuffisance hépatique.

Nous décrivons le test de transsudation de Fiessinger comme une épreuve pratique. Pour notre part nous l'avons expérimenté dans la recherche de la fragilité ca-

pillaire au cours des cirrhoses et il nous a donné bien souvent des résultats positifs.

De tels résultats, bien qu'ils ne soient pas constamment positifs, peuvent de toute façon s'ajouter à ceux des autres tests pour évaluer la valeur fonctionnelle du foie chez le malade qu'on va opérer.

Cela déterminé, et alors que le diagnostic de lithiase cholédocienne est sûr, il devient capital de ne pas différer l'intervention.

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de cette étude, nous pensons avoir contribué à montrer l'extrême difficulté du diagnostic de lithiase cholédocienne dans beaucoup de cas, difficulté qui tient à l'inconstance et à l'infidélité de signes cliniques donnés comme très classiques.

Nous pensons qu'étant donné les conséquences opératoires qu'un tel diagnostic entraîne, il faut systématiquement se méfier des défaillances de la symptomatologie classique.

Pour s'en prémunir nous pensons que l'on doit avant tout savoir apprécier la valeur réelle de chaque symptôme et attribuer seulement de l'importance à ceux qui en ont vraiment et toujours.

L'hépatomégalie dans la lithiase du cholédoque, à condition de bien savoir la rechercher, nous paraît être le signe le plus fidèle et le plus constant de tous.

Par ailleurs, nous pensons que les explorations doivent être poussées très loin.

Nous avons cru devoir particulièrement insister sur la valeur du tubage duodénal, sur la manière de le pratiquer, sur la valeur qu'acquière ses résultats quand celui-ci a été pratiqué dans des conditions exemptes de causes d'erreurs, telles que nous les avons indiquées.

Enfin, ayant examiné le tableau clinique de la lithiase

dissimulée du cholédoque, nous avons essayé de mettre en valeur cette épreuve si pratique et malheureusement si peu courante encore : l'épreuve des prélèvements d'urines fractionnés de Delbet.

Nous sommes persuadés que, si l'examen clinique et les explorations étaient poussés aussi loin que nous le proposons, beaucoup de lithiases cholédociennes seraient plus fréquemment et surtout plus précocement dépistées et, de ce fait, conduiraient le malade à l'opération dans de bien meilleures conditions.

Nous regrettons que les circonstances de cette période de guerre ne nous aient pas permis de voisiner avec des services hospitaliers où nous aurions pu puiser quelques observations inédites que nous aurions ainsi commentées à l'appui des données cliniques.

Nous ne pouvons mieux faire que de prier le lecteur de se reporter aux différentes observations groupées dans les travaux notés dans notre bibliographie.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
BINET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Brulé. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 22 novembre 1926.

Chiray. — Presse Médicale, 23 mars 1927.

Vignal. — Paris Médical, 13 novembre 1926.

Bengoléa et Velasco Suarez. — Archives des maladies de l'appareil digestif. Novembre 1928.

Brulé. — Les Ictères intermittents dans les obstructions calculeuses ou cancéreuses du cholédoque. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 22 oct. 1926.)

Delbet. — Diagnostic des calculs du cholédoque, leçons cliniques. (Juin 1928, in Revue Médicale française, 1929.)

Leveuf et Berceanu. — In Revue de Chirurgie, 1925, n° 422.

Nové-Josserand. — Lyon Médical, 1907, n° 1227.

Chiray et Degos. — La lithiase dissimulée du cholédoque. (Presse Médicale, 23 mars 1927.)

Beall. — Calculs du cholédoque. (Annals of surgery, fév. 1938, t. VCH, n° 2, pp. 238-241.)

Brulé, Moulonguet, Hillemand et Mallarmé. — Obstruction lithiasique cholédocienne persistant depuis trois ans. (Société de Gastro-Entérologie de Paris, 14 juin 1934.)

Fiessenger : Les explorations fonctionnelles.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Chapitre I	15
Chapitre II	19
Conclusions	39
Bibliographie	41

